

# 健康保険 資格確認書 交付申請書

マイナ保険証を保有しない等により、資格確認書の交付を希望する方は太枠内を記入のうえ提出ください。

被保険者(社員)情報	申請日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	社員番号	<input type="text"/>	
	所属会社				
	被保険者 記号・番号	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	フリガナ			
	連絡先 メールアドレス				

発行対象者	<input type="checkbox"/>	1 被保険者(本人)のみ 2 被扶養者(家族)のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分				
交付対象者欄	対象者	フリガナ 氏名	申請理由	理由1, 2の場合 保有・登録予定の有無 <input type="checkbox"/> 予定あり <input type="checkbox"/> 予定なし	「予定あり」の場合、予定時期	<input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 3か月以内 <input type="checkbox"/> 未定
	対象者	フリガナ 氏名	申請理由	理由1, 2の場合 保有・登録予定の有無 <input type="checkbox"/> 予定あり <input type="checkbox"/> 予定なし	「予定あり」の場合、時期	<input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 3か月以内 <input type="checkbox"/> 未定
	対象者	フリガナ 氏名	申請理由	理由1, 2の場合 保有・登録予定の有無 <input type="checkbox"/> 予定あり <input type="checkbox"/> 予定なし	「予定あり」の場合、時期	<input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 3か月以内 <input type="checkbox"/> 未定
	対象者	フリガナ 氏名	申請理由	理由1, 2の場合 保有・登録予定の有無 <input type="checkbox"/> 予定あり <input type="checkbox"/> 予定なし	「予定あり」の場合、時期	<input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 3か月以内 <input type="checkbox"/> 未定

理由欄	1 マイナンバーカードを作成・保有していないため 2 マイナンバーカードは持っているが、健康保険証利用登録(※)を行っていないため 3 マイナンバーカードの新規・再交付手続き中のため(電子証明書の有効期限切れ含む) 4 マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため
-----	---

**※ 健康保険証利用登録とは？**

マイナンバーカードを健康保険証として利用するために、利用者本人が行うものです。(初回利用時のみ)  
 セブン銀行ATM、マイナポータル、医療機関・薬局にある顔認証つきカードリーダーにて、簡単に行うことができます。  
 登録にはマイナンバーカードに設定した利用者証明用の暗証番号(4桁)が必要です。

事業主欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号
------	---

受付日付印    
-----------------------

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--